

ドイツと我国の介護保険制度の比較検討

川 瀬 善 美

はじめに

21世紀を目前にして、我国はかつて経験したことのない、超高齢社会となりつつある。そこで社会保障制度、社会福祉制度を中心とした社会構造の転換を余儀なくされている。その具体的方策として、今まさに介護保険制度がスタートしようとしている。しかしながら、産みの苦しみであるのか、言われるように制度に対する国民的論議不足であったためか、保険料負担のあり方について、また介護報酬の中身について、さらには家族介護に対する現金給付を行なうかどうかについてまでもが不透明なままである。

一方で、このような超高齢社会がもたらすさまざまな問題の中での「介護」については、介護私的論的発想ではもはや解決できず、「介護」が個人や家族に帰属すべき問題ではなく社会全体の問題であり、取り組むべき課題であるという介護公的論が社会全体に定着し始めたことは、「介護保険制度」を巡るさまざまな論議を意味あるものとしたと考える。こうした状況下で、我国にさかのぼること6年前の1994年5月よりスタートしたドイツの介護保険制度と我国のそれを比較検討することは意味あることであると考えます。もちろん、我国の介護保険制度はドイツのそれを直輸入したわけではない。

要介護認定請求からランク分けの認定方式・定額支払いの給付方式等についてはドイツ型であるが、ケアマネジメントシステムでケアマネジャーがイニシアティブを取って最適なプランを作成し、サービスを調達・提供するという方式はイギリスの公的介護（措置制度）と酷似しており、その意味では公費負担方式のイギリス型であるともいえる。

図表 1 日本とドイツの介護保険制度

	日 本	ド イ ツ
保 険 者	市町村	介護金庫 (既存の医療保険者に付属)
費 用 負 担	公費と保険料	保険料 (州の公費で施設も整備)
給 付 対 象 者	高齢者（要介護状態の原因を加齢による障害に限定）	高齢者以外も対象
受給資格認定	原則市町村に置かれる介護認定審査会で認定	MDK（既存団体）に委託
利 用 者 負 担	1割 給付限度を超えた分は全額	なし 給付限度を超えた分は全額
現 金 給 付	なし	家族等が介護した場合に支給

出典：『介護保険制度のすべて』富士総合研究所

更に、財政的な面で考えるならば高齢者だけを対象とした社会保険方式という点ではアメリカのメディケアに酷似しており、その意味からアメリカ型であるともいえる。

したがって我国の介護保険制度は3つの制度の混合型であると言え、そこで単純にドイツの先例を我国のそれにあてはめ比較することはできない。

しかしながら日独両国に共通するものとして増税に対する強いアレルギーを忘れることはできない。そしてこれが両国で社会保険方式の介護保険制度を採用した大きなファクターであったと考えられる。

いずれにせよ、我国に先立つこと6年間のドイツ介護保険制度を検討することによって、我国が制度のスタート後直面するであろう諸課題等を予測することができるであろう。

介護保険導入までの経過と背景

我国の介護保険制度の胎芽は1986年に閣議決定された「長寿社会対策大綱」

に見ることができる。それは、1つにはゴールドプランとして結実する。

さらに、閣議決定による「大綱」だけでは高齢社会対策の基盤として弱い、ということから参議院の「国民生活に関する調査会」が約3年の検討の結果1995年6月に通常国会に提出された「高齢社会対策基本法」であろう。「基本法」は同年11月に成立し12月に施行された。この「基本法」の規定に基づき、1996年7月に「高齢社会対策大綱」が閣議決定された。この1996年度版の「大綱」は1986年度版の「大綱」を総合的に見直したものである。

この「大綱」の中で介護費用については、適切な公費負担を組み入れた社会保険方式による新たな高齢者介護制度の創設に向け積極的に取り組むとし、ここに介護保険制度導入が避けられないものとなった。

もう一方の背景としては、老人医療費の増大による医療保険の財政圧迫、とりわけ国民健康保険のそれは緊急性を帯びた課題となってきたことによる。

人口の高齢化にともない、老人医療費は著しく増加し、1973年度と1993年度を比較すると、国民所得、国民医療費の伸びが、それぞれ3.7倍、6.2倍であったのに対して、老人医療費の伸びは17.4倍にも達している。そこで、1973年から実施していた老人医療費支給制度（いわゆる老人医療費無料化制度）をなくし、的に廃止する目的のために老人保健法を成立させた。しかしながら、老人福祉施設の慢性的な不足により、「社会的入院」の増大、更にはゴールドプラン以降爆発的に増設された老人保健施設（その財政的負担の多くは医療保険より支出されている）の存在により医療保険は危機的状況を迎えている。特に、国民健康保険は、就業構造の変化により、若年層の減少と退職高齢者の被用者保険からの流入が生じた結果、他の被用者保険に比べて老人加入率が著しく高く、前述の理由とあいまって深刻な事態となった。

ここに、医療保険から老人医療費を含む介護費用の分離が急務となったことが、拙速ともとられかねないスピードでの介護保険制度の導入の背景であると考ええる。

ところで、ドイツが介護保険導入に踏み切った経緯と背景について考えると、まず1970年代要介護老人が施設入所に際して費用負担が過重であるため

に、自らの老齢年金を手にはできないばかりか、社会扶助を受けざるをえない多数の高齢者の存在が問題となったところに端緒を見ることが出来る。そしてこれらの施設入所者に支払われた介護扶助支出が1970年には16万6千人・9億マルクであったものが1991年には98億マルクに達した事実からもわかるように増大し続ける社会扶助のあり方をめぐってが、その論議の発端であった。以来20年余にわたって論議が続けられてきた。その論議の主な内容から考えて以下の7つの段階に分けることができる。

第1段階

70年代、論議の主なものとしては要介護老人が施設入所にあたり、入所費用負担ができず社会扶助を必要とし、また老齢年金を自らの手にすることができないという現状に対しどのように対処すべきかという論議がなされた。

第2段階

80年代前半、打1段階で論議された状況解決のために要介護者の包括的保護を目的とした新たに独立した介護保障制度創設の提案がされ、それに対して新制度の創設は財政的に不可能であり、保護の対象を要介護老人に絞って、優先的にとすることで現行の制度の中で対応してはどうかなどの論議がなされた。

第3段階

80年代中盤から後半にかけて、政府を中心に介護保障制度の新設には批判的であり、介護リスクの対応は個人の選択、特に民間保険の活用でヘッジすべきであるという論調が主流をしめた。

第4段階

89年に医療保障改革法が施行され、要介護者に対する介護保障が法的に実現した時期。しかし、この医療改革法による在宅介護給付の導入は、介護保障の方法としては、十分ではなく、改正すべきであるという論議がなされた。

第5段階

90年から91年にかけて、介護保障のあり方として、介護リスクのヘッジは個人が民間保険でまかなうべきか、公的な制度としての社会保険によってま

かなわれるべきかの論議がなされた。

第6段階

91年から93年にかけて、介護保険導入は今や避けられないものとして公的介護保険に関して、社会民主党と政府与党がそれぞれの法案を巡って具体的に争った期である。また、介護保険の財源問題について社会的にも大きな関心事となった。

第7段階

93年6月の政府草案提出から94年5月公布までであり、この間の議論の中心は根底に福祉施設整備の財源問題があったものの、表面的には使用者の保険料負担の調整方法についてだけ浮かびあがっていた。

以上がドイツ介護保険の歴史的経緯の概略である。

ドイツと我国の違いとして、介護保険の成立以前にも、ドイツに於ける介護サービスは、医療（疾病）保険の中で介護に関する給付として行なわれてきた点が上げられる。我国の場合、それは老人福祉法に基づく措置制度として行なわれており医療保険には含まれない。

とはいうもののサービス給付の内容は、1カ月750マルクを上限とし、25時間までの基本介護か家事援助。または家族介護に対して400マルクまでの金銭給付。介護している家族に代わって行なう代替介護は年1,800マルクを上限として1回4週間まで。在宅看護給付も1疾病に月4週間を限度とするなど、極めて限定的で小規模なものではあった。

しかしながらこの違いが制度の根幹をなす保険者について、我国の場合市町村であるのに対してドイツは医療保険（疾病金庫）であるという違いを生む。

また、公的な老人ホームの入所は、我国の場合、措置によるものであり、受益者負担の考え方から所得に応じて費用負担を求められるのに対して、ドイツの場合契約制度に基づく入所となっており、月5,000マルク程度の入所費用の全額を負担することが求められる。

これは、年金の平均月額約2倍となっており、介護保険導入前はホーム

入所者の8割近くが生活扶助を必要としていた。

個人が任意で加入する民間災害保険の中にも介護サービスは存在し、同様に任意で加入する民間生命保険にも付加的にセットされた介護年金保険が存在する。

我国とドイツの高齢化の実態

現在のドイツの総人口はおよそ8,180万人であり、65歳以上の高齢者数は1,200万人を数え、高齢化率（待全人口に占める65歳以上人口の割合）は14%を超えている。この高齢化率は、2010年には20%、2030年には26%に達するといわれている。この数値は我国とほぼ同様である。そのうち公的介護保険導入に際して基礎とされた要介護者の推定数は、旧東ドイツ地域を含めてドイツ全体では165万人で全高齢者の13.7%に達している。

その内訳は、施設入所者45万人、在宅で介護されているもの120万人となっている。

これに対して我国の要介護者は220万人であり、その内訳は在宅147万人、福祉施設入所30万人、老人保健施設入所13万人、社会的入院も含む入院中30万人というのが実態である。

また、少子化も同時に進行しており、平均寿命の伸長、独居老人の増加、女性の社会進出の増加とそれに伴う介護と労働の両立の困難さ、家賃等の高騰による介護のためのスペース確保の困難さ等、我国の高齢者問題として抱える諸問題とオーバーラップする。

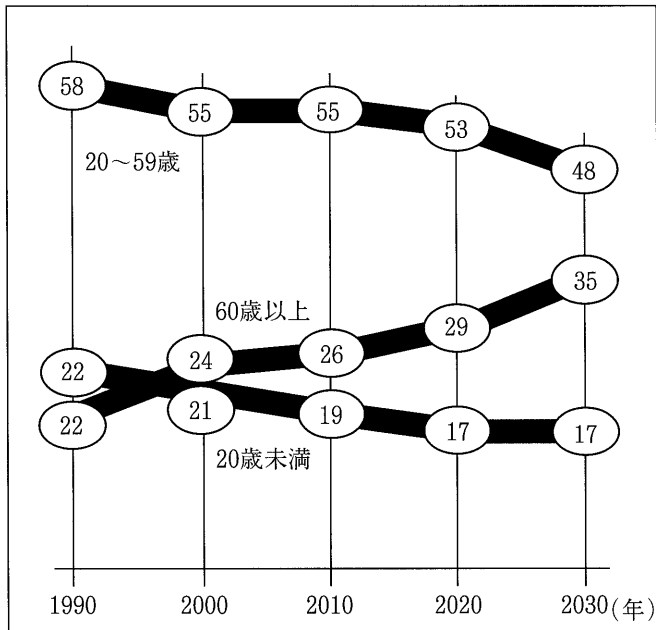
ところで、前述のようにドイツでは施設入所の場合も在宅サービス利用の場合でもそれぞれ施設設置者・在宅サービス提供者と利用者との間で結ばれた契約にしたがって、施設サービスや在宅サービスが提供され、それに対する対価を支払うことになっている。

すなわち、施設の入所費用や在宅サービス利用の費用は、サービスの提供者が公的であろうと民間非営利、民間営利団体であろうと自己負担が原則である。ところがこの費用が年々増加しはじめた。例えば老人介護ホームの入

所費用を見てみると、1980年には1,900マルクであったものが、90年には3,200マルク、93年に4,500マルク、そして現在では6,000マルクに達している。

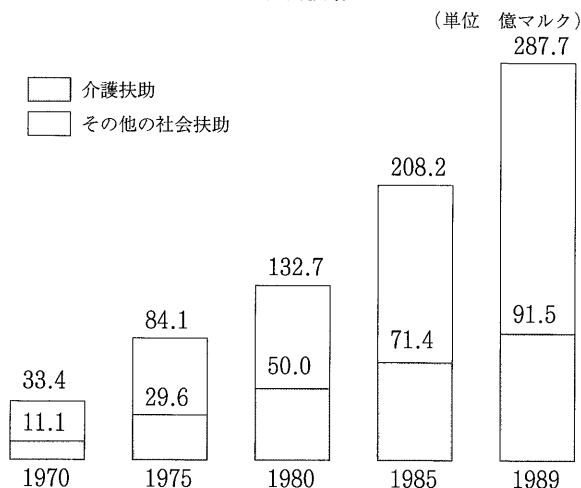
一方年金受給額はこれについていけず、勢い社会（生活）扶助給付を受ける人が増加することになった。旧西ドイツ地域では施設入所者の70～80%、相対的に年金額の低い旧東ドイツ地域ではほぼ100%が社会扶助を受けることになっていた。このため社会扶助の支出額も増大の一途をたどっていた。

図表2 ドイツにおける年齢構成の変化 全人口に対する割合(%)



出典：本沢巳代子『公的介護保険』（日本評論社 1996年）

ドイツにおける介護のための社会扶助



出典・本沢巳代子『公的介護保険』（日本評論社 1996年）

日独の社会保険の概要と日独の介護保険

ドイツの社会保険制度は、医療（疾病）保険、年金保険、障害保険、失業保険があり、それぞれ公と民による保険が並列的におかれており、そのどちらを選ぶかは契約者の選択に委ねられている。

これに対して我国の場合は、医療保険、年金保険、労働者災害補償保険、雇用保険があり公による社会保険制度が基本的な部分を分担し、補完的にその上乗せ部分を民が担当するという構造になっている。

つまり、ドイツの場合介護保険は5番目の社会保険システムとして位置づけられるが、新たに発生する管理費要を軽減するために法定医療（疾病）保険の傘下に位置づけられた。

我国の場合は、医療保険から介護部分を分離することが大きな目的であったから、5番目の社会保険として独立した位置づけとなっている。

ここで法定医療（疾病）保険について少しだけ述べてみる。ドイツでは、かつての封建都市国家において、ギルドと称する職能団体が形成され、その

中でマイスター制度や共済組合組織であるカッセ k a s s e（日本語訳では金庫）という組織ができあがった。医療保険も、このような各地にある種々のカッセが主体となって運営されている。そして、ドイツ社会法の規定によると、「保険料徴収や保険給付の提供責任を負う公的介護保険の保険者は、法定疾病保険の保険者である 8 つの疾病金庫にそれぞれ新設される介護金庫である」となっている。具体的には以下の疾病金庫である。

地域疾病金庫

被傭者共済疾病金庫

企業疾病金庫

商工組合疾病金庫

連邦鉾山労働者疾病金庫

農業従事者疾病金庫

労働者共済疾病金庫

海員疾病金庫

それでは、介護保険について比較検討していく事にする。

保険者について

ドイツの場合、介護金庫が保険者であるのに対し、我国の場合は市町村が保険者となる。

我国では保険制度検討段階から市町村の抵抗が強かった。その理由の 1 つとして財政的リスクが大きいことが上げられる。例えば、1 号被保険者のうち保険料を年金から天引き方式で徴収できる特別徴収は社会保険庁が掌握し管理するが、直接徴収の必要なものからの徴収は市町村自らがおこなわなければならない。この直接徴収を要する者としては、無年金者、障害基礎年金、遺族年金等の者であり、徴収できるかどうかのリスクを負わされることになる。

事実、現在でも国民健康保険の保険料の未納・滞納は市町村財政を少なからず圧迫しており、同様の事態に陥ることを予測することは容易であるから

である。

また、介護保険のための特別会計設置による財政的負担、諸事務費の財政負担、事務処理の煩雑さ、地方公務員の定数削減努力に逆行するかのような増員配置の必要性などあげはじめたらきりが無い。

1985年からは各種の国庫補助負担率を引き下げており、生活保護費、児童保護費、老人保護費などがその中に含まれる。福祉の地方分権化・地域社会にねざした福祉というパフォーマンスの裏に隠された地方自治体への責任転嫁はもう御免だということであろう。

しかし、ドイツと同様に医療保険を保険者としたのでは、破綻しかけている医療保険から介護部分を分離することによって制度の立直しを図るという介護保険創設の主旨と矛盾してしまうことになる。

被保険者について

ドイツでは医療保険加入者で20歳以上のもの全員が介護保険の被保険者となる。これは、当該年齢の99%にあたる。ドイツでは高額所得者等の者（1%）は公的介護保険への加入は免除されるが、必ず民間の介護保険加入が義務づけられている。

我国では1号被保険者として65歳以上で住所のあるもの、2号被保険者として40歳以上64歳までの医療保険加入者全員に介護保険加入の義務がある。

被保険者を40歳以上としたのは、介護を身近な問題として認識しにくい若者層から介護保険料を徴収することには強い抵抗が予想されたからとしか考えられない。しかし、厚生省が介護保険導入に際した声高に訴えた高齢者介護問題を国民全体で支え、解決する体制の実現を真に図ろうとするならば中・後年層の相互扶助的色彩が強いこの制度で本当に良かったのか、若者にも理解と負担を求める必要があるのではないかという国民的論議が求められたのではないかと考える。

さらに、被保険者を40歳以上としたことによって介護保険制度の財源の50%を占める保険料財源が小規模なものとなるのを避けられず、そのためサー

ビス水準を引き下げる結果になる。

ドイツでは給付の対象者となっている「障害」者など高齢者以外の介護を必要としている者のを、我国では排除することにもつながっている。

給付対象者について

ドイツでは、加入者全員が介護を要する状態になった場合対象者となる。それは要介護状態になった原因を加齢によるものと限定せず、いわゆる「障害」者等も含むのである。

図表 3 ドイツ介護保険の介護等級

	介護の分野および頻度	介護時間
介護等級Ⅰ (かなりの要 介護者)	身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、1ないし複数の分野の最低2つの活動について、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低1.5時間
介護等級Ⅱ (重度要介 護者)	身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低3時間
介護等級Ⅲ (最重度要 介護者)	身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低5時間

出所：本沢已代子『公的介護保険』（日本評論社、1996年）

ドイツ介護保険の給付の種類

給付の種類		介護等級			
		I	II	III	特に過酷
住宅介護給付	現物給付	～750	～1,800	～2,800	～3,750
	現金給付	400	800	1,300	
	代替介護	年 4 週間の範囲で2,800マルクまで			
介護補助器具	消耗品	～60			
	消耗品以外	10%の自己負担(1 器具ごとに50マノルクまで)			
住宅改造補助		1 改造当たり5,000マルクまで			
部分施設介護	デイケア ナイトケア	～750	～1,500	～2,100	
	ショートステイ	年 4 週間の範囲で2,800マルクまで			
入所施設介護(96年 7 月 1 日から)		～2,800(年間 3 万マルクまで)			～3,300

注 : 1 マルクは交換レートでは約67円(97年 9 月現在)であるが、実際の購買力からすると約100円として換算したほうが正しいといえる

出所 : 本沢巳代子『公的介護保険』(日本評論社、1996年)

一方我国のそれは、65歳以上で要介護・要支援状態にある者（この場合原因は問わない）と、45歳以上64歳までで要介護・要支援状態にある者（この場合は、その状態になった主たる原因がアルツハイマー病等の初老期痴呆、脳血管疾患、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群等の特定疾患として指定されている15種類の疾患によること）となっている。

この違いから、我国において「障害」者団体等から猛烈な反発を呼ぶこととなった。我国の場合は、介護保険制度と言うものの厳密には高齢者介護保険制度である。しかしながら、身体障害者手帳の交付を受けた者の70%近くが60歳以上の高齢者であること、更には現行制度下でもショートステイ利用の際には実施施設として特別養護老人ホームと身体障害者療護施設との間で、それぞれ相互乗り入れしている事例からしても、障害者を含めるほうが適当であろう。

受給資格認定について

ドイツの場合、受給資格認定はMDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) が行なう。高齢者が介護保険給付を申請する際に必要となる要介護度の判定等を行なう独立の第三者機関である。医師・介護職員等が判定員として所属し、各州の保険連合会に設置されている。現状では社会保険医師が単独で要介護者を訪問し面接調査を行なっているケースがほとんどである。

社会保険医師 (Sozialmedizin) の資格認定は厳しく10年医師要専門医として実務経験を有するほか、1年以上の特別講習を受講しなければならず、さらに社会保険医師として5年以上の実務経験を積み専門教育を受け、その後に初めて審査担当の医師となるシステムである。

我国の場合は、原則として市町村に設置されている介護認定審査会で認定を受けることになる。

図表4 MDKにおける審査結果の状況（在宅介護給付および施設介護給付）

	申請件数	審査件数	審 査 結 果			
			介護度Ⅰ	介護度Ⅱ	介護度Ⅲ	要介護に該当せず
1995年 在宅介護	1,908,000	1,435,000 (100.0)	527,000 (36.7)	312,000 (21.7)	100,000 (7.0)	496,000 (34.6)
1996年 在宅介護	1,245,000	771,000 (100.0)	272,000 (35.3)	198,000 (25.7)	82,000 (10.6)	220,000 (28.5)
施設介護	755,000	601,000 (100.0)	126,000 (21.0)	194,000 (32.3)	138,000 (23.0)	143,000 (23.8)

資料：MDS, Statistik Begutachtung im Medizinischen für die Pflegeversicherung.

出所：土田武史 「ドイツ介護保険の現状と課題」 季刊 「年金と雇用」

第16巻 第2号 1997年8月(財)年金総合研究センター

在宅介護の介護等級と給付の現状

(単位:件、%)

	等級Ⅰ	等級Ⅱ	等級Ⅲ	計
現物給付	9.3	10.6	8.3	9.9
現金給付	75.1	62.7	56.6	65.8
コンビネーション給付	10.8	14.8	20.1	14.3
デイケア・ナイトケア	0.2	0.4	0.5	0.3
ショートステイ	1.4	2.7	3.8	2.5
休暇時の代替給付	3.2	8.8	10.7	7.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0
	(390,967)	(627,947)	(181,120)	(1,200,430)
	<32.6>	<52.3>	<15.1>	<100.0>

(注) このほかに「特に過酷」が396件あり、いずれも現物給付を受給

資料：AOK-Bundesverband, Statistische Information Reihe7, Feb.1996

出所：土田武史 「第二段階に入ったドイツ介護保険」「週刊社会保障」Vol.50

No1904 96.9.16号、(株)法研

この違いは別にして、ドイツで起った問題としては、申請者の約25%（在宅28.5%、施設23.8%）が自立と認定されたことである。そして、その多くが不服申し立てを行ない、さらに10%が訴訟に持ち込まれているという事実である。我国にも同様の事態が引き起こされることが予想される。

特に我国の場合、まず介護認定審査会委員を安定的に確保することが将来に渡って可能かという問題がある。つまり、現在の予定では介護認定審査会は人口7万人に1合議体、その構成委員数は5名である。審査会は、医師、看護職員、福祉職員等で構成されるが、1回の認定会議で処理される件数は厚生省案のとおり45件とすると、月に複数回開催されることが求められる。事実97年のモデル事業では月に2回から8回開催されていた。とするとその職務はかなりハードなものになることは必然であり、本来業務を棚上げにして認定審査会委員という職務に打ち込むことが可能かどうか懸念される。ちなみに、モデル事業での1件の審査時間は5分間であった。

また、介護認定調査員による調査とかかりつけ医の意見書をもとに審査す

るという我国の方式は、両者の食い違いが多数出現することが予測される。モデル事業では現実には28%も存在した。その後改善されてはいるものの調査方法、介護認定調査員、調査票、調査項目、かかりつけ医の意見書、認定審査会の運営、要介護判定基準など再検討を要すると思われる課題は多い。これらは介護保険制度の根幹をなす問題であり、要介護者にとって、介護サービスを必要なだけ公平に受けられるかどうかに関わる極めて重要な問題である。

介護認定調査員は98年と99年に認定された介護支援専門員がこの任にあたるのであるが、わずか60時間の講習ではたしてその期待される役割を果たせるのであろうか。ドイツの社会保険医師のトレーニングと比較するまでもないことである。少なくとも介護認定調査員とかかりつけ医師との食い違いが生じた場合介護認定審査会に出席を求めそれぞれの意見を聴取する程度の慎重さが求められる。

認定にかかる事務量が膨大でありモデル事業では、1件に約90分を要していることも検討する必要がある。介護保険で市町村が行なうべき事務量は、国民健康保険のそれと比較して約60%であるとは言われている。しかし、委託業務の範囲を広げるなど合理化を図ることも必要である。事務量の膨大さが介護保険の円滑な運営の妨げになるとしたら本末転倒である。

調査方法についても、まだらボケといわれている脳血管障害の後遺症として痴呆症状が見られ申請者に対しては、数度の訪問調査を義務づける必要があるが、現在、予定される介護保険制度に規定がない。

ドイツにおいても認定の判断基準が身体的・医学的なものにウエートがかかりすぎていると言う批判があり問題化している。このことから同様の方式である我国の認定方式についても今一度検討する必要があるのではないか。すくなくとも、必要度、所得、家族状況、住環境といった要素に配慮する必要があるにあって考えられる。

さらに、ドイツではすでに痴呆のケースの認定については継続的な観察を行わずに短期間での認定では問題が大きいとの指摘が噴出していることも

忘れてはいけないうらう。

利用者負担と保険料について

まず保険料についてであるが、ドイツでは95年1月から96年6月まで所得の1%であったが96年7月からは、1.7%（本人1.2%、使用者0.5%）となっている。我国の場合、現在政府与党（自自公）間で協議中でありその行方は予測しがたいが99年7月各市町村が1号被保険者の保険料を試算したところ最高6,000円を超える町村が存在し話題となった。これがもし現実のものとなった場合、老齡基礎年金の1ヵ月分の約1割にも相当し高齢者の負担感は大変重いものとなるであろう。

図表5 ドイツにおける介護保険の給付内容

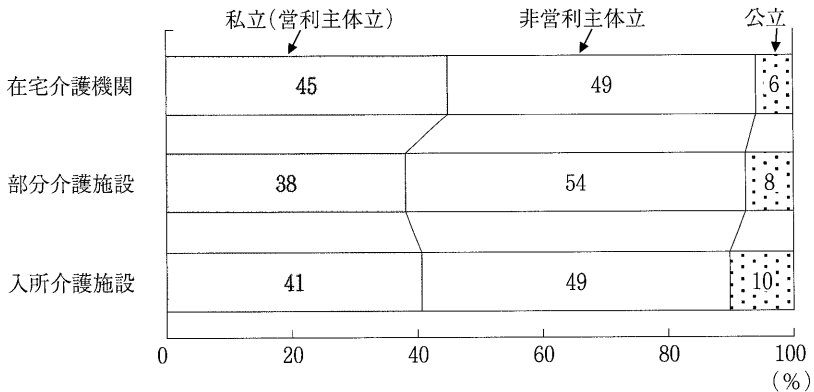
（単位:DM/月）

		要介護度Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	過酷なケース
住宅介護	現物給付	～750	～1,800	～2,800	～3,750
	現金給付	400	800	1,300	
部分施設介護	デイケア	～750	～1,500	～2,100	
	ショートステイ	～2,800			
施設介護		2,800			3,300

- （注）1. 要介護度は、数字が大きいほど介護の必要性が大きいことを示す
 2. 現物給付は、上記金額相当分までのサービスを受けられることを示す。
 なお、現物・現金給付を組み合わせて受給することもできる
 3. 部分施設介護は、在宅介護だけでは十分でない場合に付加的に給付される
 （在宅介護との合算で在宅介護の上限が適用される）
 4. ショートステイ利用には年4週まで、施設介護利用には年3万DMまでの上限もある。
 5. このほか介護補助器具の利用や住宅改造費の補助もある
 6. DMはドイツ・マルク（1DM＝75円、1998年）

出典：本沢巳代子『公的介護保険 ドイツの先例に学ぶ』日本評論社

ドイツにおける在宅・施設サービスの設置主体(1996年)



出典：土田武史 「ドイツ介護保険の現状と課題」季刊 「年金と雇用」
第16巻 第2号 1997年 8月

利用者負担については、ドイツの場合、給付限度額を超えると全額利用者負担となる以外特に利用者負担はない。

我国の場合、給付限度額を超えた場合全額利用者負担となるほか、受給額の1割の負担が求められる。

この違いから想像できることは、低所得者の場合、現在利用しているサービスより介護のレベルが低くなる事態もありうるということである。つまり、現在の福祉制度においては、所得と必要度に応じてサービスが提供されているのに対して、介護保険では単純に介護を要する身体的、精神的状態のみを判断基準として認定が行なわれ、結果として受給できる額が決定される。そこで、身体的、精神的状態によっては受けられるサービスの絶体量が減少したり、それを補うべく給付限度額を超えてサービスを受けたくとも自己負担が出来ず、やむなく断念せざるを得ないと言う事態が起きたり、さらに最も悲惨な場合としては1割負担分さえ支払うことが困難なため限度額とはかけ離れた少ないサービスしか受けられないと言ったケースが容易に予測できるからである。

このような社会福祉領域での応能型負担から応益型負担へのシフトの変更については、もう少し時間と情報を受けとうえでの国民的議論が必要であった考える。

一方、中、高所得者層を中心に「買う福祉、福祉の消費者」という発想を定着させていこう。そして、措置制度のもとで無風地帯であった福祉領域にも競争原理という風が吹くであろうし介護保険を契機とする規制緩和と大幅な民間参入という風にも曝されることになる。

現金給付の有無について

ドイツでは、家族が介護した場合、給付限度額の約半額を現金給付する制度があり、給付サービスの大きな選択肢となっている。保険導入初年度は、これを選択するものが80%近くに達したため、その後連邦政府や介護金庫は現物給付や現物と現金のミックス給付を増やすべく、さまざまな取り組みをしなければならなかった。

我国の場合は、現物給付のみで現金給付は行なわれない。しかしこれについては、老人保健福祉審議会の介護保険制度導入に関する報告書でも結論がだせず両論併記となったほど論議をよんだところである。

審議が進む中で現状、女性によって担われている家庭内介護を現金給付を行なうことによって固定化させることにつながるとの主張が通され現金給付が見送られた経緯がある。

しかしながら、介護保険導入前から医療保険の中で同様の給付を行なってきた経緯があったにせよ、ドイツの介護保険制度があえて現金給付を採用した背景には、オランダの先例によるところが大きい。オランダでは、現金給付を取り入れなかったため、要介護高齢者を抱える家族が、家族介護を介護保険による介護サービスへ転換させようとして、施設・在宅の全てのサービスが不足し、財政的にも予想をはるかに超えた負担を強いられたと言う事例から学んだ事によるものでもあった。

介護保険スタート前夜ともいべきこの時期において、特別養護老人ホーム入所待機者が全国に約8万人ともいわれ、介護保険実施後に必要とされる

ホームヘルパーが約8～10万人不足する我国ではこの事実を今一度検討する必要がある。

おわりに

ドイツの介護保険について検討してみると、我国の介護保険実施に際して今一度点検しなければならない点が見えてくる。

1つは要介護認定に関する問題である。本当に現在予定されているシステムでよいのかということである。ガイドラインがあるとはいっても、地域の介護基盤の整備状況に大きく左右されかねない市町村ごとの介護認定に全幅の信頼がおけるのかという問題である。

2つめは、現金給付の問題である。ドイツでは連邦政府の努力と介護金庫の取り組みとでそれを選択するものの割合が年々下がってきているとはいっても、いまだ75%近くの介護者が金銭給付を選択しているという事実をどう分析するかである。

その理由はいくつか考えられるが少なくとも介護基盤の未整備にだけ原因を求めることは出来ないということも事実である。

3つめには今回は、具体的な給付内容について述べなかったが表6でも見られるような詳細化されすぎたサービス実施基準は非人間的な介護サービスにつながるということである。表はドイツのそれであるが、漏れ伝わってくる我国のサービス実施基準もドイツと同様、むしろ詳細なものが用意されている。

しかしながら対象はあくまでも個性豊かな人間である。

例えば食事介助一つ取っても30分しか要さない人も1時間要する人もいるということである。カリに45分を基準にした場合、過不足の15分をどうするのかと考えたなら理解できよう。

いずれにせよ今の情勢では2000年4月には介護保険制度はスターとするであろう。国民の義務として、高齢者の仲間入り間近の人間としてこの制度を厳しく見つめていく。

図表 6 ドイツ介護保険の介護サービスの内容・時間・料金(コスト)

96年 4 月現在

		単位:分	単位:ドイツマルク
L K 1	簡易朝夕洗面・化粧	25分	18.75
L K 2	本格的朝夕洗面・化粧	35分	26.25
L K 3	本格的朝夕洗面・化粧および全身浴	45分	33.75
L K 4	全身浴	30分	22.50
L K 5	排便介助	10分	7.50
L K 6	寝床ベッド	10分	7.50
L K 7	移動	10分	11.65
L K 8	食事摂取援助	25分	18.75
L K 9	胃カテーテル挿入時のカテーテル費用	5 分	3.75
L K 10	外出準備の援助提供	7 分	4.65
L K 11	外出あるいは帰宅時の援助提供	60分	28.00
L K 12	暖房	10分	4.65
L K 13	完全なベッド直し	10分	4.65
L K 14	住居の清掃・床清掃を含む	180分	84.00
L K 15	住居の清掃・掃除・片づけ	20分	9.35
L K 16	肌着・衣服の洗濯	20分	9.35
L K 17	アイロンかけ	30分	14.00
L K 18	買い物	25分	11.65
L K 19	温かい食事の準備・車いすによらないもの	45分	21.00
L K 20	温かい食事の準備・車いすによるものを含む	10分	4.65
L K 21	応急訪問	45分	45.00
	社会法 XI、3 章27条による介護支援	45分	33.75
	通常の在宅訪問費用		5.90
	特別の在宅訪問費用		8.50
	簡単な在宅訪問費用		2.95
	半特別の在宅訪問費用		4.25

(注): 1 マルク: 67円('97年 9 月)。しかし、実勢価格は100円程度か

出所: マインツ市ドイツ赤十字ソーシャルステーション提供

河畠修『ドイツ介護保険の現場』(労働旬報社1997年)

資料引用・参考文献

『介護保険のすべて』 富士総合研究所

『公的介護保険』 本沢巳代子 日本評論社

「第二段階に入ったドイツ介護保険」 上田武史 『週間社会保障』 Vol.50
No.1904

「ドイツ介護保険の現状と課題」 上田武史 『季刊年金と雇用』 第16巻2号

『ドイツ介護保険の現場』 河畠 修 労働旬報社